

Herdís Sveinsdóttir, Háskóla Íslands, hjúkrunarfræðideild, herdis@hi.is

RANNSÓKNIR Í HJÚKRUN, RANNSÓKNARAÐFERÐIR OG HJÚKRUNARSTARF 1987 - 2006*

Tilgangur þessarar greinar er að fjalla um átök og umræður innan hjúkrunar um rannsóknaraðferðir í hjúkrun, eðli þekkingar og hjúkrunarstarf á árunum 1987-2006. Við upphaf þess tímabils voru rannsóknahefðir í hjúkrun á Íslandi ómótaðar og rannsóknaraðferðir lítt til umræðu. Umfjöllun var rétt að hefjast innan hjúkrunarfræðinnar um hvaða rannsóknaraðferðir endurspegluðu starfsaðferðir í hjúkrun best við að lýsa, skýra og skilgreina fyrirbæri í hjúkrun. Ágreiningur var um aðferðir, þá sérstaklega hvort eigindlegar eða meginndlegar aðferðir ættu betur við í hjúkrun. Fjallað er m.a. um þessi átök og reynt að varpa ljósi á hvort þau liggi í aðferðinni eða hugmyndafræðinni að baki hennar. Um aldamótin færðist umræðan frá aðferðunum yfir í að skýra eðli og nýtingu þekkingar í hjúkrunarstarfinu. Sú umræða tengdist tilkomu klínískra leiðbeininga og hvað teldist gagnreynd þekking. Hjúkrunarfræðingar hafa bent á að til sé aðstæðubundin þekking sem sé í grundvallaratriðum frábrugðin þekkingu sem byggist á hinn vísindalegu aðferð en sé ekki síður mikilvæg í klínísku starfi. Fjallað verður um þessa gagnrýni og réttmæti hennar. Í lokin er fjallað um hvernig hugmyndafræðileg umræða um aðferðir og eðli þekkingar gagnist klínískt starfandi hjúkrunarfræðingum.

Inngangur

Haustið 1987, eða fyrir tuttugu árum, hóf ég störf við hjúkrunarfræðideild (þá námsbraut í hjúkrunarfræði) Háskóla Íslands. Þá voru rannsóknahefðir í hjúkrun á Íslandi ómótaðar og umræðan um aðferðir vart hafin. Markmið deildarinnar voru vissulega að efla sjálfstæðar hjúkrunarrannsóknir, þó þau hafi kannski ekki verið eins skýrt fram sett og nú þegar aðalmarkmið stefnu hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands 2006-2011 er að stórefla hágæðarannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfærði sem standist alþjóðleg viðmið. Rannsóknasamningur Háskóla Íslands og menntamálaráðuneytis, sem undirritaður var 11. janúar 2007, skapar forsendur til að þau markmið náist. Markmið deildarinnar árið 1987 snéru frekar að því að fá doktorsmenntaða hjúkrunarfræðinga til starfa og uppbygging námsins hafði algeran forgang. Tilgangur þessarar greinar er að

fjalla lítillega um umræður innan hjúkrunar um rannsóknaraðferðir í hjúkrun, eðli þekkingar og hjúkrunarstarf á árunum 1987-2007 út frá mínu sjónarhorni.

Eigindlegar og meginndlegar aðferðir

Grunnur minn í rannsóknum fyrir 20 árum var meginndlegur enda hefðin sú á þeim tíma og frá því tímaritið Nursing Research hóf göngu sína árið 1952. Mikil umræða var þó hafin um eigindlegar aðferðir enda þrjú ár frá því bók Patriciu Benner (1984) *From Novice to Expert* kom út og breytti varanlega hugmyndum hjúkrunarfræðinga um sérfræðingshugtakið í hjúkrun.

Hugmyndafræði eigindlegra rannsókna höfðaði til mín eins og líklega flestra hjúkrunarfræðinga. Hvaða merkingu einstaklingar setja í heilsu sína og heilsubrest hlýtur að vekja áhuga okkar.



Herdís Sveinsdóttir er prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

*Greinin byggir á fyrirlestri sem haldinn var í hátíðasal Háskóla Íslands 11. janúar 2007 í tilefni þess að Herdís settist í stöðu prófessors við skólann í desember 2005.



Hvernig manneskjunnir er fyrir komið í veröldinni, hvernig við segjum sögur til að greina frá reynslu okkar, hver er „ég“ og hver ert „þú“, í hverju felst tilvistin, hvernig tengjumst við sjúklingum og hvaða merkingu hefur það fyrir sjúklinginn að við tengjumst þeim? Hvernig tengjumst við fólki í núinu og erum sífellt að endurtengjast því? Hvernig er að vera veikur og lífa við veikindin og hins vegar að skilgreina sjúkdóma, tíðni þeirra og mynd?

Hugmyndafræðin að baki eigindlegum aðferðum fannst mér hafa beina skírskotun í hjúkrun, einkum þegar hún er tengd starfi hjúkrunarfræðingsins sem tilfinninga- og samskiptastarfi þar sem umhyggjan fyrir skjólstæðingum er kjarni starfsins eins og stendur í siðareglum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (FIH). Umfjöllunin um hjúkrunarstéttina sem

umhyggjustétt var á þessum árum líka að ná sér á flug og var þar í takt við feminískar hugmyndir um umhyggju.

En miklir sviptivindar ríktu um megindlegar og eigindlegar aðferðir í hjúkrun á tíunda áratugnum. Hver væri rétta leiðin við að rannsaka fyrirbæri sem hjúkrunarfræðingar takast á við? Hvort einhver ein leið væri rétt? Voru það eigindlegar aðferðir sem átti að notast við eða megindlegar? Þessar umræður áttu sér ekki rætur í aðferðunum sem slíkum heldur í þeirri heimssýn sem hvor aðferð þótti spegla og var nokkuð gagnrýnt að hjúkrunarfræðingar gerðu ekki skýran greinarmun á aðferðinni og heimssýninni að baki (Clark, 1998). Jafnframt er mikilvægt í þessari umræðu að starfandi hjúkrunarfræðingar sáu ekki að niðurstöður hjúkrunarrannsókna

hefðu eitthver gildi fyrir þá í starfi og höfðu margir hjúkrunarrannsakendur miklar áhyggjur af því sama. Til hvers að rannsaka hjúkrun ef niðurstöður nýtast ekki? (Holloway og Freshwater, 2007).

Þannig þóttu og þykja eigindlegar aðferðir endurspegla heildræna sýn þar sem manneskjan er í forgrunni, þarfir hennar og líðan í umhverfi sínu. „Sannleikurinn“ og merking hans er véfengd - manneskjan getur ekki verið aðskilin frá sjáfrí sér og hlutleysi rannsakandans er dregið í efa. Túlkun „sannleikans“ er aðstæðubundin og það á við um túlkun rannsakandans og manneskjunnar sem til skoðunar er, en reynsla gærdagsins er lituð af núinu og túlkunin því hugsanlega önnur. Því má segja að ekki sé viðeigandi að tala um hlutlausan, algildan sannleika þegar eigindlegum aðferðum er beitt, það er

hreinlega á skjön við heimspekina að baki sem byggist á reynslu og tilvist (Boykin og Schoenhofer, 1991; Clark, 1998; Sandelowski 1993). Þessi umræða öll er hjúkrunarfræðingum í dag mjög kunn. Flestir hjúkrunarfræðingar eru sér jafnframt meðvitaðir um að þessi afstaða er gagnstæð því sem vísindahyggjan (e. positivism) byggist á en það er að leita hins tæra sannleika með hinni vísindalegu aðferð. Þar er leitast við að finna þekkingarmola sem í samhengi byggja upp heildarmynd okkar af heiminum. Heimsýnin, sem byggt er á, er sú að sannleikann sé að finna, hann sé óumbreytanlegur og að rannsakandinn sé hlutlaus. Fjöldi fræðimanna í hjúkrun benti á að aðferðir vísindahyggjunnar hentuðu ekki hjúkrun því sú hugmyndafræði hafnaði mikilvægi þess að manneskjan væri huglæg, félagsleg, andleg og túlkandi vera. Í leit sinni að hinum algilda sannleika og lögmálum, sem séu óháð menningu og aðstæðum, feli vísindahyggjan í sér smættaða mynd af manneskjunn.

Óskýr aðgreining milli aðferðar og kenningar að baki aðferðinni í rannsóknum hjúkrunarfræðinga var talsvert gagnrýnd um og upp úr miðjum tíunda áratugnum, ef til vill í ljósi þess að rannsakendur, sem nýttu meginlegar aðferðir í sínum rannsóknum, könnuðust ekki við að hafna hinni heildrænu sýn hjúkrunar. Ýmsir fræðimenn lýstu þeirri afstöðu að hjúkrunarrannsóknir þyrftu fleiri en eina aðferð til að ná að spegla hina margþættu, flóknu og hagnýtu hjúkrunarþekkingu (Benner o.fl., 1996; Foss og Ellefsen, 2002). Hugtakið „triangulation“ var talsvert rætt innan hjúkrunarstéttarinnar. Með hugtakinu er átt við að hægt sé að rannsaka sama fyrirbærið með mismunandi aðferðum. Sá varnagli var hins vegar sleginn að heimssýnin, sem stýrði rannsókninni, þyrfti að vera ljós. Er eigindlega aðferðin sú sem stýrir rannsókninni og hin meginlega aðferð notuð til að bæta við og gera greininguna fyllri eða öfugt? Í mínum eigin rannsóknum á fyrirtíðaspennu kvenna notaði ég

eigindlegar og meginlegar aðferðir til að skýra það sem ég vildi sagt hafa. Það var reyndar algert nýnæmi á þeim tíma að skoða túlkun kvenna sjálfra á því hvaða merkingu þær leggja í hugtakið fyrirtíðaspenna. Þó að ekki verði farið frekar út í niðurstöður þeirra rannsókna hér þá verður að geta þess að þær niðurstöður og sá skilningur, sem fékkst með rannsóknunum, hefði ekki fengist án þess að beita bæði eigindlegum og meginlegum aðferðum. (Heimildir um rannsóknirnar er að finna á <http://www.hi.is/~herdis/index.html>.)

Þekking í hjúkrunarstarfinu

Í dag er umræðan að færast frá aðferðum yfir í hver sé besta þekking sem við þurfum að búa yfir til að geta starfað sem fagmenn, þó vissulega séu aðferðir hluti af þeirri umræðu. Gagnreynd þekking og að starf skuli grundvallað á henni er umfjöllunarefni nútímans. Flestir heilbrigðisstarfsmenn þekkja vinnuna sem nú á sér stað í gerð klínískra leiðbeininga. Á vef landlæknisembættisins eru taldir upp á fimmta tug slíkra leiðbeiningalista og nokkrir eru í vinnslu. Uppgangi gagnreyndrar þekkingar hafa fylgt nýjar áherslur í fræðilegri umræðu innan heilbrigðisvísinda um það hvað sé raunveruleg þekking sem við getum byggt ákvarðanir okkar á og hver sé besta aðferðin við að afla hennar. Tilgangurinn er að lágmarka mistök í starfi og helst að komast hjá því að byggja meðferð á persónubundnu mati. Meðferð byggð á persónubundnu mati og reynslu (e. rich clinical judgement) hefur verið gagnrýnd gífurlega í fræðilegri umræðu um heilbrigði kvenna en á því sviði var umræðan um fordóma og lítt fræðileg vinnubrögð áberandi þegar kemur að lækisfræðilegri meðferð. Það ætti því að vera fagnaðarefni að kerfið sé að taka sig á, semja gagnsæjar leiðbeiningar, aðgengilegar öllum, sem sýna hvernig við tökum ákvarðanir. Ég hef iðulega bent konum, sem hafa komið að máli við mig vegna notkunar tíðahvarfahormóna, á að

skoða leiðbeiningarnar á vef landlæknis og finnst mjög til bóta að geta það.

Innan hjúkrunar hefur orðið þó nokkur umræða um hvað telst sannreynd þekking og byggist á hefðum okkar um hvernig við lítum á manneskjuna og þekkinguna í heild. Annars vegar er gagnrýnt að skilgreining á hvað geti talist sannreynd þekking sé ekki nægilega við, hún leggi of mikla áherslu á póstívíska vísindalega þekkingu og dragi úr gildi klíníks mats og einstaklingsbundinnar reynsluþekkingar. Hún eigi við í raunvísindum en síður í mannvísindum. Til sé þekking (e. ways of knowing) sem sé í grundvallaratriðum frábrugðin þekkingu sem byggist á hinni vísindalegu aðferð og sé ekki hægt að sannreyna með vísindalegum rannsóknum. Þarna er um að ræða það sem kallað hefur verið t.d. 'siðfræðileg þekking', 'persónuleg þekking', 'kítísk ígrundun' og 'innsæisþekking'. Kítísk ígrundun, þegar henni er rétt beitt, ætti að standa samhliða tvíblindum slembuðum rannsóknum þegar kemur að sönnunargildi, svo vitnað sé í nýja grein úr Nursing Philosophy (Avis og Freshwater, 2006). Jafnframt er bent á að þar sem niðurstöður vísindalegar þekkingar geti verið aðstæðubundnar þá geti forsendur vel unninna rannsókna verið rangar, niðurstöður ranglega túlkaðar og útkoman í versta falli skaðleg. Þekkt dæmi eru þátttaka og útilokun kvenna úr vísindarannsóknum og nýleg dæmi eru um útilokun kynþátta (Taylor, 2005). Hitt sjónarmiðið er að fyrir því séu mjög góð rök að takmarka gagnreynda þekkingu við niðurstöður vísindalegra rannsókna. Í rannsóknum séu notaðar þekktar leiðir við öflun þekkingar, leiðir sem hafa verið próaðar á löngum tíma og njóta viðurkenningar. Leitast sé við að draga úr villum (e. error) eða að minnsta kosti að lágmarka þær. Að greina og útrýma villum sé kjarni hinnar vísindalegu aðferðar og þekking byggð á henni hafi staðist það próf að reyna að lágmarka villuna. Þó verði vissulega að hafa í huga gagnrýni sem fram hefur komið, sérstaklega þá er lýtur að forsendum og túlkun niðurstaðna.

„Ways of knowing“ standist hins vegar að öllu jöfnu ekki það próf, huglæga matið sé of mikið. Að sjálfsögðu eigi að taka mið af slíkri þekkingu við ákvarðanatöku, en ekki sé um gagnreynda þekkingu að ræða (Paley, 2006). Mikilvægjaðstæðubundinnar þekkingar, sem byggist á reynslu, sé óumdeilt en sú þekking er ekki „evidence based“ eða gagnreynd.

Þessar umræður eru mjög áhugaverðar. Hjúkrunarfræðingar verða að skilgreina hvernig aðstæðubundin þekkingin stendur jafnfætis vísindalegri þekkingu. Ef þeim finnst á sig hallað verða þeir að geta tekist á við það og útskýrt af hverju við teljum svo vera. Hjúkrunarfræðingar eru þátttakendur í þróun klínískra leiðbeininga og mikilvægt er að tekið sé tillit til allra sjónarmiða sjúklingum til hagsbóta. Rannsóknir á öryggi sjúklinga hafa enda sýnt að sjúklingum farnast best þegar öll sjónarmið fá notið sín.

Áhrif umræðu um aðferðir og þekkingu á störfum hjúkrunarfræðinga

Í framhaldi af þessari hugmyndafræðilegu umræðu meðal fræðimanna um aðferðir og það hvað hjúkrun stendur fyrir er mikilvægt að skoða stöðu starfandi hjúkrunarfræðinga. Hvaða áhrif hefur þessi umræða á starf þeirra og það hvernig þeir gegna starfi sínu? Í því samhengi hlýtur að koma upp umræðan um hvert hið eiginlega hlutverk hjúkrunarfræðinga sé, þ.e. hvaða verkefni þeir eiga að taka að sér í heilbrigðiskerfinu? Á hinn einstaki hjúkrunarfræðingur að staðsetja sig sem eigindlegan eða meginlegan? Hvernig þekkingu vill hann búa yfir?

Umræðan um hjúkrunarstarfið er á fljúgandi ferð þessa dagana. Í fræðilegri umræðu er togstreita starfa og hugmyndafræði mjög áberandi, að ekki sé minnst á hina gífurlegu umræðu um mönnun. Skortur á hjúkrunarfræðingum um allan heim hefur jafnframt orðið til þess að umræðan er að verða markvissari og

beittari og hefur m.a. tengst því hvernig hjúkrunarstéttin hefur fjallað um starf sitt sem tilfinningavinnu og skilgreint sig sem umhyggjustéttina.

Samræmi hjúkrunarstarfs og hjúkrunarkenninga

Breski hjúkrunarfræðingurinn Davina Allen hefur skoðað hvernig skipulag hjúkrunar samrýmist hugmyndum um hjúkrun sem tilfinningavinnu og hefur leitast við að greina hvort það sem hjúkrunarsamfélagið hefur á undanförunum árum reynt að skilgreina sem inntak hjúkrunar (e. nursing mandate) standi í raun í vegi fyrir þróun hjúkrunar í nútímasamfélagi. Allen hefur áhuga á misræminu milli rannsókna á störfum hjúkrunarfræðinga og þess sem fræðin telja að hjúkrun snúist um. Hún spyr hvort sú vinna, sem hjúkrunarfræðingar inna af hendi í nútímaheilbrigðiskerfi og mótuð er af staðsetningu þeirra í kerfinu, sé í mótsögn við eðli og markmið fræðigreinarinnar sem birtast í áherslu á góðum tengslum við einstaka sjúklinga. Í etnógrafískum rannsóknum sínum á starfandi hjúkrunarfræðingum var niðurstaða hennar sú að hjúkrunarstarf á sjúkradeild skiptist í átta klasa sem taka til þeirra athafna sem sem hjúkrunarfræðingar sinna.

1. Fást við margþætta verkefnaskrá
2. Stýra flæði sjúklinga um deild eða stofnun
3. Fella sjúklinginn að vinnukerfinu á stofnuninni
4. Stýra störfum annarra
5. Hliðra til mörkum hinna ýmsu starfstétta
6. Ná í, vinna úr, túlka og flytja öðrum upplýsingar
7. Skrá
8. Forgangsraða umönnun og skynsamlegum úrræðum (Allen, 2004).

Þessum verkefnum verður ekki lýst nánar hér en þeim hafa verið gerð góð skil annars staðar (Herdís Sveins-

dóttir, 2007). Aðeins má þó nefna sem dæmi að einn af hornsteinum hugmyndafræði nútímahjúkrunar er sú staðhæfing að hjúkrunarfræðingar veiti einstaklingsbundna heildræna umönnun. Samkvæmt umfjöllun Allen (klasi 3) ganga þó störf hjúkrunarfræðinga út á að samhæfa þarfir sjúklings og stofnunar frekar en að laga hjúkrunina að hverjum einstaklingi eins og felst í hugmyndafræðinni, enda reynist áhrifaríkasta leiðin við að stýra flæði fólks um kerfi vera sú að nota reglur og staðla. Stundum þarf að fella sjúklinginn að staðlinum til að vinnan gangi upp. Þarna geta skapast árekstrar milli hugmyndafræði hjúkrunarfræðingsins og þess sem hann gerir í raun. Þetta varð ég áþreifanlega vör við þegar ég var formaður Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga en þá kom nokkrum sinnum fyrir að hjúkrunarfræðingar pöntuðu tíma og lýstu yfir áhyggjum sínum af þróuninni í hjúkrun, m.a. því að klínískar ákvarðanir, eins og að senda sjúklinga heim af snemma, brytu í bága við þeirra eigin lífsgildi.

Hálfræn hjúkrun

Þetta misræmi á milli hugmyndafræðinnar og raunveruleika starfsins kalla þær Sioban Nelson, deildarforseti hjúkrunarfræðideildarinnar við háskólann í Toronto, og Suzanne Gordon, ritstjóri „The Culture and Politics of Health Care Work“ ritraðarinnar hjá Cornell-háskólaútgáfunni, misræmið á milli „walking the walk“ og „talking the talk“ (Nelson og Gordon, 2006) og benda á að fyrir utan að misræmið geti verið uppspretta óánægju meðal hjúkrunarfræðinga þá geti það hreinlega verið skaðlegt framgangi hjúkrunar. Þær stöllur hafa báðar sótt Ísland heim og er Gordon mörgum minnisstæð og þá sérstaklega ádrepur hennar til okkar hjúkrunarfræðinga um að við kynnum ekki að tala um hjúkrunarstarfið. Í nýrri bók sem hún og Nelson ritstýra og nefnist „The complexities of care: Nursing reconsidered“ er markmiðið að

greina samhengi umhyggjuumræðunnar, hjúkrunarstarfsins og hins hagfræðilega og pólitíska umhverfis sem hjúkrunarfræðingar lifa og hrærast í. Gordon (2006) fjallar þar ýtarlega um þær ógöngur sem hjúkrun hefur ratað í vegna þess að í allri okkar orðræðu um heilðræna hjúkrun höfum við í raun komið fram með nýja tegund smættunar og þröngrar túlkunar (e. cartesianism and reductionism). Í stað þess að raunverulega flétta saman hug og hönd, hið líkamlega og hið andlega, hið tæknilega og læknisfræðilega, þá hætti hjúkrunarfræðingum til að setja hið tæknilega og hið læknisfræðilega upp sem andstæðu umhyggju, tilfinninga og tengsla. Gordon kallar þetta „hálfæna“ hjúkrun (e. halfistic care). Hjúkrunarfræðingar tala ekki um og gera jafnvel lítið úr hinum tæknilega og læknisfræðilega hluta starfs síns, segir hún, en sá hluti sé ekki síður mikilvægur en sá hluti starfsins sem snýr að umhyggju, tilfinningum og tengslum. Ímynd hjúkrunar

Gordon vill meina að umræða hjúkrunarfræðinga um starf sitt hafi staðnað við ímyndir sem sköpuðust á 19. öld og stéttin verði að rífa umræðuna um sig inn í 21. öldina. Annað sé hreinlega skaðlegt. Hún nefnir dæmi frá Ástralíu, Evrópu og Bandaríkjunum máli sínu til stuðnings. Hæfileikaríkt ungt fólk sér hjúkrun jafnvel ekki fyrir sér sem ævistarf sökum óljósrar ímyndar um persónulega eða siðferðilega eiginleika sem hjúkrunarfræðingar verði að búa yfir. Þannig segi hjúkrunarfræðingar að góðum hjúkrunarfræðingi þurfi að vera raunverulega annt um skjólstæðing sinn, hann vilji vera þátttakandi í lífi annarra, sýna hógvæð og mildi í samskiptum við aðra auk þess að búa yfir faglegri þekkingu (Sigríður Halldórsdóttir, 2006). Ekki viljum við láta kalla okkur engla, en greint er frá því á heimasíðu Fih að samtökin The Center for Nursing Advocacy settu Johnson & Johnson í hóp verstu ímyndarsmiða í hjúkrun en það fyrirtæki hefur verið með fjölmiðlaherferð um ímynd hjúkrunarfræðinga þar sem fjallað er um hjúkrunarfræðinga sem engla. Hvergi í

umfjölluninni talar Gordon né aðrir höfundar í fyrrgreindri bók niður til umhyggju í hjúkrun. Þvert á móti þá er umhyggja ein meginstoð hjúkrunar. Hins vegar er hjúkrun svo margt fleira. Raunveruleikinn í starfinu er oft allur annar en sá sem hjúkrunarfræðingar lýsa með tilvísun í umhyggju og tilfinninagatengsl eins og Davina Allen bendir á. Hjúkrunarfræðingar eiga það líka til að fjalla um ágreining í starfi, t.d. þegar þeir eru ósammála t.d. læknum um einhverja meðferð, svo sem við lífslok, sem ágreining við sín siðferðilegu gildi (e. moral conflict). Í reynd er um mismunandi klínísku afstöðu að ræða og hjúkrunarfræðingar þurfa að rökstyðja sína afstöðu frá klínísku sjónarhorni. Með því að blanda siðfræðilegum gildum inn í málið eru þeir jafnvel að ýja að því að þeir hafi betra siðgæði en læknar svo dæmi sé tekið af þeim. Auk þess er það svo að með því að tala um siðferðilegan ágreining í starfi (sem ætti að leysast með rökræðum), sem hjúkrunarfræðingurinn segist eiga erfitt með að leysa vegna siðferðilegra raka, þá gerir hjúkrunarfræðingurinn sig valdlausan (e. powerlessness) við þessar aðstæður. Þannig má segja að valdleysið sé rakið til þess sem hjúkrun stendur fyrir (Moland, 2006; Nelson 2006).

Á Íslandi

Hvar erum við stödd hér á landi? Litlar rannsóknir hafa verið gerðar hérlandis á starfi hjúkrunarfræðinga og hvort þeir finni fyrir togstreitu á milli starfs og hugmyndafræði. Áhugi minn á þessu viðfangsefni kviknaði út frá heimsóknum hjúkrunarfræðinganna sem ég vitnaði til áðan og komu til mín þegar ég var formaður FÍH. „Ímyndarvinnan“, sem ég stýrði í félaginu, vakti mig líka talsvert til umhugsunar um hvernig hjúkrunarfræðingar lýsa starfi sínu, en á heimasíðu FÍH er að finna lýsingar um 80 hjúkrunarfræðinga, skrifaðar á árinu 2001, á starfi sínu. Á Landspítalanum á sér stað mikil vinna sem lýtur að starfsþróun hjúkrunarfræðinga. Jafnframt er í undirbúningi rannsókn á starfi

hjúkrunarfræðinga með tilliti til þess hvað hindri þá í starfi og hvernig nýta megi betur tækifæri til samstarfs stétta, einkum markvissara samstarf hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, og verður athyglisvert að heyra niðurstöðurnar.

Margþætt störf og hlutverk íslenskra hjúkrunarfræðinga urðu tilefni blaðagreinar þar sem ungur læknir (Helgi H. Helgason, 2007) fjallaði af umtalsverðri vanþekkingu um í hverju góð hjúkrunarþjónusta felst og að hjúkrunarfræðingar hefðu fjarlægst sjúklinginn. Lilja Ásgeirsdóttir (2007) hjúkrunarfræðingur nær því hins vegar að lýsa í hverju góð hjúkrunarþjónusta felst í svargrein vegna greinar Helga. Þar nefnir hún m.a. það sem telja má að sé grunnstoð öruggrar heilbrigðisþjónustu en það er gott samstarf á milli fagstétta og að við erum öll í sama liði.

Lokaorð

Framtíðin felur í sér margháttað og ögrandi verkefni fyrir íslenska hjúkrunarfræðinga. Skoða þarf hlut þeirra í að tryggja öryggi sjúklinga og skoða þarf starf og starfsumhverfi þeirra. Það sem lýtur að þjónustu við sjúklinginn, hjúkrnar meðferð og árangri þeirra, þ.e. hið klínísku starf, ætti jafnframt að vera meginþátturinn í rannsóknum okkar á næstu árum.

Heimildir

- Allen, D. (2004) Re-reading nursing and rewriting practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 8, 64-74.
- Avis, M., og Freshwater, D. (2006). Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. *Nursing Philosophy*, 7, 216-224.
- Benner, P.A. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P.A., Tanner, C.A., og Chesla, C.A. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement and ethics*. New York: Springer Publishing Co.
- Boykin, A., og Schoenhofer, S.O. (1991). Story as link between nursing, practice, ontology, epistemology. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 245-248.

- Clark, A.M. (1998). The qualitative-quantitative debate: Moving from positivism and confrontation to post-positivism and reconciliation. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1242-1249.
- Foss, C., og Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 242-249.
- Gordon, S. (2006). *The new cartesianism: Dividing mind and body and thus embodying care*. Í S. Nelson og S. Gordon (ritstj.), *The complexities of care* (bls. 104-121). Ithaca: The Cornell University Press.
- Helgi H. Helgason (2007). *Vantar hjúkrunarfræðinga?* Morgunblaðið, 5. október, bls. 36.
- Herdís Sveinsdóttir (2007). *Draumalandi hjúkrunarfræðinga*. Í Ritstj. Herdís Sveinsdóttir. *Aðgerðasjúklingar liggja ekki aðgerðalausir: Um hjúkrun sjúklinga á skurðdeildum* (bls. 11-20). Reykjavík, Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði.
- Holloway, L., og Freshwater, D. (2007). *Narrative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Lilja Ásgeirsdóttir (2007). *Eru hjúkrunarfræðingar að vinna sína vinnu?* Morgunblaðið, 13. október, bls. 39.
- Moland, L.L. (2006). Moral integrity and regret in nursing. Í S. Nelson og S. Gordon (ritstj.), *The complexities of care. Nursing reconsidered* (bls. 58-60). Ithaca: The Cornell University Press.
- Nelson, S. (2006). Ethical expertise and the problem of the good nurse. Í S. Nelson og S. Gordon (ritstj.), *The complexities of care. Nursing reconsidered* (bls. 69-87). Ithaca: The Cornell University Press.
- Nelson, S., og Gordon, S. (2006). Introduction. Í S. Nelson og S. Gordon (ritstj.), *The complexities of care. Nursing reconsidered* (bls. 1-12). Ithaca: The Cornell University Press.
- Paley, J. (2006). Evidence and expertise. *Nursing Inquiry*, 13(2), 82-93.
- Playle, J. (1995). Humanism and positivism in nursing: Contradictions and conflicts. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 979-984.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16(2), 1-8.
- Scott-Findley, S., og Pollock, C. (2004). Evidence, research, knowledge: A call for conceptual clarity. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1, 92-97.
- Sigríður Halldórsdóttir (2006). Hjúkrun sem fagleg umhyggja. Kynning á hjúkrunarkenningu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga. Ritryndar greinar*, 1, 2-11.
- Taylor, A.L. (2005). The African American Heart Failure Trial: Commentary on results and process. Fyrirlestur á ráðstefnu um heilbrigði kvenna sem haldin var á vegum Deborah E. Powell Center for Women's Health, University of Minnesota, 26. september 2005.



Airfree

skapar gott andrúmsloft

Airfree lofthreinsitækið byggir á nýrri tækni sem:

- Eyðir ryki og frjókornum
- Eyðir bakteríum, myglu og öðrum örverum
- Eyðir ólykt og gæludýraflösu
- Er hljóðlaust og viðhaldsfrítt

Verð frá 18.800 kr. Fæst í hvítu og silfurgráu.

Tilvalið í svefnherbergið, í dagstofuna og á skrifstofuna.

Dregur 99% úr vexti myglu og baktería.
Sjá nánar á www.airfree.com.



Eirberg

Stórhöfða 25 • 110 Reykjavík • sími 569 3100 • www.eirberg.is